

Letters to Editor

L'Intervento Psicoeducazionale Multifamiliare (IPM) nel disturbo ossessivo-compulsivo: uno studio pilota

Multifamily Psychoeducational Intervention (MPI) for obsessive-compulsive disorder: a pilot study

Dear Editor:

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) ha un profondo impatto sulle famiglie dei pazienti; i dati di letteratura indicano che i familiari sono ipercoinvolti emotivamente, tendono a colludere con la sintomatologia, o dimostrano un atteggiamento di opposizione ed insofferenza verso i rituali (Livingston Van Noppen *et al.*, 1991); la vita familiare può finire per ruotare attorno ai sintomi del paziente e alla partecipazione ad essi, con un ritiro progressivo dalle attività sociali usuali (Steketee, 1997).

Negli ultimi anni sono stati messi a punto studi sistematici che hanno valutato il livello di coinvolgimento nei sintomi e il carico assistenziale sperimentato dai familiari di pazienti con DOC; partecipare alle compulsioni del paziente, fornirgli continue rassicurazioni, aiutarlo nell'evitamento di situazioni ansiogene, sostituirsi ad esso in attività che sarebbero di sua responsabilità, modificare la routine familiare sono tutte forme di coinvolgimento che caratterizzano questi familiari e che modificano profondamente, peggiorandola, la loro qualità di vita, con conseguenti depressione, colpa, rabbia, frustrazione e vergogna (Calvocoressi *et al.*, 1995; Cooper, 1996; Magliano *et al.*, 1996). Inoltre, numerosi studi evidenziano gli effetti negativi del coinvolgimento nei sintomi o del clima familiare nel mantenere o peggiorare i sintomi ossessivo-compulsivi (Steketee & Prunyn, 1998; Amir *et al.*, 2000).

Questa consapevolezza ha stimolato lo sviluppo di interventi finalizzati a coinvolgere i familiari, con la funzione di coterapeuta e supervisore degli esercizi cognitivo-comportamentali assegnati al paziente. Nonostante alcune descrizioni di singoli casi positivi, tuttavia, tale coin-

volgimento ha prodotto risultati contrastanti in campioni più ampi ed in studi controllati (Emmelkamp & DeLange, 1983; Emmelkamp *et al.*, 1990; Metha, 1990; Van Noppen *et al.*, 1997).

Diverse ricerche, inoltre, hanno evidenziato i benefici di gruppi psicoeducazionali e di supporto di durata limitata che coinvolgono pazienti e familiari insieme (Black & Blum, 1992; Tynes *et al.*, 1992) o soltanto i familiari (Cooper, 1993), con sessioni informative sull'*assessment*, la diagnosi, le teorie eziopatogenetiche del DOC, le terapie farmacologiche e psicoterapiche e la prevenzione delle ricadute. Gli interventi psicoeducazionali, sia nella forma individuale sia in quella di gruppo, hanno l'obiettivo di ridurre il diretto coinvolgimento dei familiari nei rituali e di alleviare il carico assistenziale. Tali esperienze, tuttavia, sono soltanto descrittive; pur evidenziando l'alto grado di soddisfazione dei partecipanti, non forniscono dati di efficacia né sui pazienti né sui familiari.

Oltre al limite dell'assenza di strumenti di valutazione dell'esito, tutti gli interventi descritti prendono in considerazione la partecipazione dei familiari alle tecniche comportamentali di esposizione e prevenzione della risposta; mancano, invece, studi che analizzino il coinvolgimento dei familiari nel trattamento farmacologico dei pazienti, che viene usato in modo estensivo in *setting* clinici.

Lo scopo del presente studio è quello di valutare se un intervento psicoeducazionale multifamiliare (Maina *et al.*, 2005) condotto su un campione di familiari di pazienti con DOC in trattamento farmacologico possa: 1) ridurre il diretto coinvolgimento dei familiari nella sintomatologia del paziente, 2) ridurre il loro carico assistenziale e, infine, 3) migliorare la loro qualità di vita.

METODI

Campione

Sono stati inclusi i familiari di pazienti con diagnosi principale di DOC trattati presso il Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino; tali pazienti presentavano una diagnosi di DOC in accordo con i criteri del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition, Text Revision - DSM-IV-TR), come confermato alla *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I). Tutti i pazienti erano trattati con inibitori della ricaptazione della serotonina somministrati a dosaggi terapeutici. Criteri di inclusione dei pazienti per avviare la selezione dei familiari sono stati: a) età >18 anni; b) disponibilità a partecipare allo studio e a fornire il proprio consenso informato.

I familiari reclutati soddisfacevano i seguenti criteri di inclusione: a) età >18 anni; b) rapporto di parentela o di convivenza (sono stati inclusi solo familiari in posizione di *caregiver*, ossia quei familiari che vivono con il paziente e sono direttamente coinvolti nella sintomatologia o nell'assistenza al disturbo); c) assenza di diagnosi di Asse I (DSM-IV-TR), verificata attraverso la somministrazione della *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Non Patient Version* (SCID-NP); d) assenza di altri familiari con gravi problemi di salute fisica o mentale di cui doversi prendere cura; e) disponibilità a partecipare allo studio e a fornire il proprio consenso informato.

L'intervento psicoeducazionale

L'obiettivo principale dell'intervento psicoeducazionale è definire il DOC in quanto disturbo psicobiologico e informare circa la sua espressività clinica, la sua patogenesi, i suoi possibili trattamenti e le sue possibili conseguenze sul piano sociale e familiare. Un altro obiettivo importante consiste nell'aiutare i familiari a ridurre il loro coinvolgimento nella sintomatologia, mentre supportano il paziente e la sua terapia.

I familiari reclutati per lo studio pilota sono stati inseriti in un programma psicoeducativo articolato in tre sessioni, suddivise in 7 incontri della durata di due ore ciascuno; ai partecipanti è stata assicurata la totale confidenzialità sul contenuto degli incontri. Il programma psicoeducazionale prevede la partecipazione da un minimo di 6 ad un massimo di 15 familiari riuniti in gruppo, per promuovere il supporto tra pari e per offrire uno spazio per condividere sentimenti ed esperienze, ed è condotto da uno psichiatra e da uno psicologo clinico, entrambi con esperienza nel trattamento di pazienti con DOC.

La struttura e il contenuto di ogni incontro sono stati discussi dagli autori del presente lavoro nella fase di messa a punto dello studio sulla base della revisione dei lavori finora proposti in letteratura che descrivono interventi psicoeducazionali con pazienti DOC o con i loro familiari (Black & Blum, 1992; Tynes *et al.*, 1992; Cooper, 1993; Maina *et al.*, 2005).

I contenuti dei singoli incontri e la modalità di conduzione degli stessi sono descritte ampiamente in Maina *et al.* (2005). In breve, i punti da considerarsi elementi chiave dell'intervento psicoeducazionale, da svilupparsi nel corso delle sessioni sono i seguenti:

- 1) informazione circa le ossessioni e le compulsioni come abitudini apprese in individui vulnerabili, che risultano rinforzate dalla capacità delle compulsioni di ridurre momentaneamente l'ansia;
- 2) informazione circa le basi psicobiologiche del DOC;
- 3) coinvolgimento della famiglia nel disturbo e sue risposte alla sintomatologia ossessivo-compulsiva;
- 4) analisi delle risposte della famiglia (di tipo emotivo e comportamentale) al DOC in quanto disturbo cronico e invalidante;
- 5) completa e corretta informazione sul trattamento del DOC e sui risultati attesi.

Strumenti di valutazione

Per verificare le nostre ipotesi sono state somministrate le seguenti scale di valutazione: la *Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder* (FAS), la Zarit Burden Interview (ZBI) e la *Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36).

La *Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder* (FAS) è un'intervista semistrutturata sviluppata da Calvocoressi *et al.* (1995) per valutare la natura e la frequenza del coinvolgimento nella sintomatologia (*accommodation*) da parte dei familiari di pazienti con DOC. Il questionario è composto da 13 item. I primi 9 item valutano due differenti tipi di coinvolgimento: la partecipazione ai sintomi del paziente (item 1-5) e la modificazione del normale funzionamento familiare (item 6-9). La somma dei punteggi ottenuti a questi 9 item fornisce un punteggio globale di *accommodation* del familiare. L'item 10 misura lo stress percepito dal familiare per il fatto di essere coinvolto nella sintomatologia; gli item 11-13 valutano le conseguenze dell'aver contrastato le richieste del paziente. Alti punteggi riportati ai primi 5 item segnalano un importante coinvolgimento, mentre se ottenuti agli item da 6 a 9 segnalano una grave modificazione del normale funzionamento familiare; alti punteggi agli

item da 10 a 13 evidenziano uno stress significativo e pesanti conseguenze derivanti dal marcato coinvolgimento nei sintomi.

La *Zarit Burden Interview* (ZBI), nella versione revisionata (Zarit *et al.*, 1980), è stata largamente utilizzata per valutare il carico assistenziale dei familiari di pazienti con demenza o disturbi con caratteristiche di cronicità. Fornisce un punteggio totale e due sottopunteggi relativi al logoramento personale e di ruolo.

La *Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) è una scala specifica per la misurazione della qualità della vita impiegata in medicina generale e in psichiatria (Ware *et al.*, 1993). Nel presente studio abbiamo utilizzato la forma standardizzata che prevede un punteggio da 0 a 100; più i punteggi sono alti, migliore è la qualità di vita percepita soggettivamente (migliore attività fisica, percezione dello stato di salute generale, stato di salute mentale e vitalità, minori dolore fisico e limitazioni di ruolo dovute a problemi fisici ed emozionali).

I familiari sono stati sottoposti a due visite indice finalizzate alla raccolta di informazioni generali e alla somministrazione della SCID-NP e degli strumenti di valutazione (FAS, ZBI, SF-36) (T0). Tali questionari, atti a valutare l'efficacia dell'intervento, vengono riproposti durante l'incontro a sei mesi dalla conclusione dell'intervento psicoeducazionale (T1).

Analisi statistica

La variazione nei punteggi medi alla FAS, alla ZBI e alla SF-36 all'inizio del programma psicoeducazionale (T0) e a sei mesi dalla conclusione dell'intervento (T1) è stata analizzata utilizzando un test non parametrico, il test di Wilcoxon, con significatività stabilita per p inferiore a .05. Nel caso dei singoli punteggi della FAS, visto l'elevato numero di confronti, è stata applicata la correzione di Bonferroni (significatività per $p < .0038$).

RISULTATI

Sono stati inseriti nello studio 22 soggetti, tutti familiari conviventi di 15 pazienti con DOC; 7 (31.8%) di loro erano coniugi dei pazienti e 15 (68.2 %) erano genitori. Il campione era composto per la metà da uomini e per la metà da donne (11 e 11); l'età media del campione era di 56.4 anni (DS=8.1). Tutti i familiari selezionati per la partecipazione all'intervento psicoeducazionale hanno completato il ciclo di incontri previsto e partecipato all'incontro a sei mesi che prevedeva una valutazione con gli stessi strumenti usati all'inizio dello studio.

Dei 15 pazienti con DOC, i cui familiari sono stati arruolati nello studio, 5 (33.3%) erano maschi e 10 (66.7%) erano femmine. La loro età media era di 36.2 anni (DS=10.5). L'età media di istruzione dei pazienti era di 12.2 (DS=3.7) e la maggior parte era costituita da *single* (9, 60%). L'età media d'esordio del disturbo era di 26.3 anni (DS=10.2).

La tabella I riporta i punteggi medi ai singoli item della FAS, che valuta il coinvolgimento nella sintomatologia, prima dell'intervento psicoeducazionale (T0) e a sei mesi dalla sua conclusione (T1) e il punteggio totale (somma degli item da 1 a 9). La figura 1 mostra la percentuale di familiari che, a seconda dei punteggi ottenuti ai primi 9 item della scala, ricade in un livello di coinvolgimento da lieve a gravissimo a T0 e a T1. La tabella II riporta i punteggi medi ottenuti alla ZBI e alla SF-36.

DISCUSSIONE

I nostri risultati confermano i dati della letteratura che indicano come i familiari di soggetti con DOC soffrano una condizione di forte disagio dovuto ai sintomi dei pazienti e alla quotidianità con essi (Chakrabarti *et al.*, 1993; Calvocoressi *et al.*, 1995; Shafran *et al.*, 1995; Cooper, 1996; Magliano *et al.*, 1996). In particolare, i risultati sul coinvolgimento familiare nella sintomatologia del paziente valutati attraverso l'uso della FAS sono in linea con gli altri studi che esaminano tale fenomeno con lo stesso strumento (Calvocoressi *et al.*, 1995; 1999). Per quanto concerne il carico assistenziale, il punteggio alla ZBI è risultato elevato, paragonabile a quello riportato da coloro che assistono pazienti affetti da demenza o altre condizioni croniche, a sottolineare il grave peso sopportato dai familiari di pazienti con DOC. I nostri risultati, inoltre, sono in accordo con quelli riportati da Magliano *et al.* (1996) in un campione di familiari di pazienti DOC con altri strumenti di quantificazione del carico assistenziale. I risultati ottenuti con l'uso della SF-36, infine, indicano che i familiari tendono a considerare compromessa la qualità della loro esistenza in numerose aree, con punteggi medi paragonabili a quelli ottenuti da un gruppo di pazienti DOC (Koran *et al.*, 1996). Questo dato suggerisce che prendersi cura di una persona affetta da DOC compromette la qualità di vita quanto il soffrire del disturbo stesso; la ragione di ciò va probabilmente cercata nel modo inestricabile in cui i familiari sono coinvolti nella malattia dei pazienti.

I risultati preliminari relativi all'efficacia dell'intervento psicoeducazionale suggeriscono che i familiari possono imparare a relazionarsi con i sintomi del paziente senza colludere eccessivamente con essi, come risulta dai

Tabella I. – Punteggi medi ottenuti ai singoli item della FAS prima dell'intervento psicoeducazionale (T0) e a sei mesi dalla conclusione (T1).

	T0		T1		Test di Wilcoxon	
	Media	DS	Media	DS	Z	p
Partecipazione ai rituali durante il mese scorso						
1. Quanto spesso avete rassicurato il paziente?	2.76	1.39	1.55	1.47	-3.475	.001*
2. Quanto spesso avete procurato materiale per le compulsioni del paziente?	1.05	1.70	0.50	1.10	-2.047	.041
3. Quanto spesso avete partecipato alle compulsioni del paziente?	2.77	1.54	1.18	1.40	-3.325	.001*
4. Quanto spesso avete aiutato il paziente ad evitare situazioni che potrebbero renderlo più ansioso?	3.14	1.21	1.73	1.45	-3.572	<.001*
5. Avete evitato di fare cose, andare in posti o stare con persone a causa del disturbo ossessivo-compulsivo del paziente?	1.59	1.30	0.77	0.97	-2.799	.005
Modificazioni del funzionamento familiare durante il mese scorso						
6. Avete modificato la routine della vostra famiglia a causa dei sintomi del paziente?	2.45	1.18	1.36	0.95	-3.135	.002*
7. Avete dovuto fare alcune cose per la famiglia che usualmente sono responsabilità del paziente?	1.91	1.15	1.36	1.05	-1.799	.072
8. Avete modificato il vostro orario di lavoro a causa delle necessità del paziente?	0.82	0.91	0.50	0.67	-2.070	.038*
9. Avete modificato le vostre attività nel tempo libero a causa delle necessità del paziente?	1.77	1.02	0.95	0.95	-3.218	.001*
10. Aiutare il paziente in questo modo vi causa stress?	2.77	0.87	1.68	1.13	-3.452	.001*
Conseguenze della mancata assistenza ai rituali del paziente						
11. Il paziente è più ansioso quando gli avete prestato assistenza?	2.36	1.22	1.36	1.05	-3.035	.002*
12. Il paziente è diventato aggressivo o offensivo quando non gli avete prestato assistenza?	1.95	1.36	1.18	1.05	-3.082	.002*
13. Il paziente ha impiegato più tempo nel completare i rituali quando non lo avete assistito?	1.91	1.48	0.73	0.98	-3.114	.002*
FAS punteggio totale (somma items 1-9)	18.32	7.22	9.68	6.67	-3.766	<.001*

FAS = Family Accomodation Scale

Items 1-5: 0=mai; 1=1-3 volte al mese; 2=1-2 volte la settimana; 3=3-6 volte la settimana; 4=quotidianamente

Items 6-13: 0=mai; 1=a volte; 2=abbastanza; 3=molto; 4=moltissimo

* significativo con la correzione di Bonferroni

Tabella II. – Punteggi medi alla ZBI e alla SF-36 prima dell'intervento psicoeducazionale (T0) e a sei mesi dalla conclusione (T1).

Zarit Burden Interview	T0		T1		Test di Wilcoxon	
	Media	DS	Media	DS	Z	p
Punteggio totale	51.59	15.85	40.00	15.24	-3.007	.003
Logoramento personale	27.45	8.40	20.91	9.57	-2.882	.004
Logoramento di ruolo	13.59	3.69	9.5	4.08	-3.071	.002
SF-36 (punteggio massimo: 100)						
	T0		T1		Test di Wilcoxon	
	Media	DS	Media	DS	t	p
Funzionamento fisico	75.09	22.55	84.77	19.61	-2.005	.45
Dolore fisico	65.50	27.53	71.91	26.57	-1.884	.060
Limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica	52.27	40.02	70.45	38.29	-2.161	.031
Percezione dello stato di salute generale	59.91	21.04	65.91	17.91	-2.140	.032
Funzionamento sociale	56.25	27.48	67.61	23.03	-2.196	.028
Limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo	40.89	39.74	72.71	36.57	-3.032	.002
Stato di salute mentale	49.64	20.08	58.36	14.16	-2.420	.016
Vitalità	47.27	21.03	51.36	19.34	-1.671	.095

punteggi alla FAS, ridotti in modo significativo alla fine dello studio. Ne può conseguire la percezione di un minor carico assistenziale e di una migliore qualità di vita, come evidenziato dai punteggi alla ZBI e alla SF-36, rispettivamente ridottisi ed aumentati significativamente alla fine dello studio.

I nostri risultati confermano quanto riportato dall'unico studio controllato che ha esaminato l'effetto di un trattamento psicoeducazionale rivolto ai familiari di pazienti in trattamento cognitivo-comportamentale (Grunes *et al.*, 2001): i pazienti venivano assegnati in modo randomizzato a due diverse condizioni, una delle quali prevedeva la partecipazione dei familiari ad un gruppo psicoeducazio-

nale della durata di 8 settimane. Il coinvolgimento dei familiari nella sintomatologia, così come i loro sintomi depressivi e ansiosi, risultavano significativamente ridotti nei familiari che avevano partecipato all'intervento psicoeducazionale; parallelamente, i pazienti i cui familiari erano stati coinvolti nel programma psicoeducazionale mostravano una maggiore riduzione della sintomatologia ossessivo-compulsiva.

I risultati del nostro lavoro sono da considerarsi preliminari e le conclusioni che se ne possono trarre devono tenere conto dei suoi numerosi limiti: la mancanza di un gruppo di controllo, la piccola dimensione del campione, le misure di esito utilizzate, il breve periodo di *follow-up*.

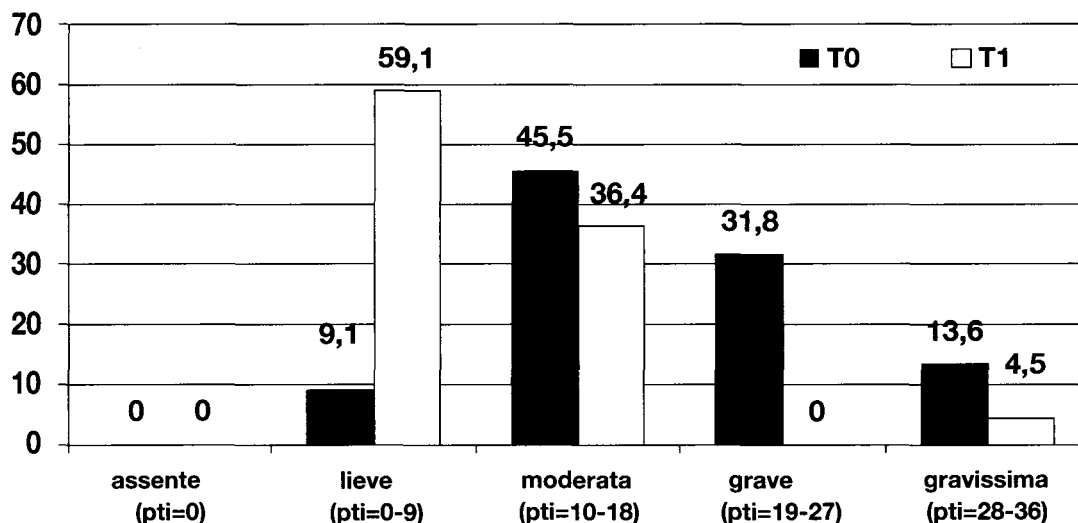


Figura 1. – Punteggio totale dell'accommodation familiare (punteggio agli item 1-9 della FAS): percentuale di pazienti che ricadono all'interno delle singole categorie prima dell'intervento psicoeducazionale (T0) e a sei mesi dalla conclusione (T1).

Un'altra limitazione di questo studio riguarda la selezione dei partecipanti, che sono stati scelti tra i familiari che non presentavano disturbi di Asse I; i risultati positivi ottenuti, infatti, potrebbero non essere estensibili ad altre famiglie con più di un membro affetto da disturbi psichiatrici o caratterizzate da *pattern* di comunicazione altamente disfunzionali.

Un'ulteriore questione che rimane aperta è a quale stadio del trattamento del paziente sia più efficace un intervento psicoeducazionale per i suoi familiari; il campione qui studiato comprendeva, infatti, familiari sia di pazienti di recente diagnosi sia di pazienti con molteplici episodi in anamnesi e, pertanto, non è utile per rispondere a questa domanda. I nostri risultati indicano che tale tipo di approccio potrebbe essere indicato per familiari di pazienti con un grave DOC che siano in trattamento con SSRI; resta da accertare se un intervento psicoeducazionale, che è costoso in termini economici e di tempo, sia utile per familiari di pazienti con forme di DOC meno gravi.

Inoltre, sarebbe utile che studi futuri indagassero quali siano gli effetti sulla sintomatologia dei pazienti del coinvolgimento dei familiari a rinforzo del loro trattamento farmacologico; se è possibile, infatti, ipotizzare che la psicoeducazione agisca positivamente sulla *compliance* del paziente ai farmaci e che prevenga il rinforzo dei sintomi, che viene spesso favorito dall'*accommodation* da parte dei familiari, tuttavia queste ipotesi devono ancora essere dimostrate.

Tali risultati preliminari, pertanto, richiedono necessariamente studi controllati randomizzati che verifichino non solo l'efficacia della psicoeducazione sui familiari di pazienti con DOC, ma anche quella di un tale intervento sulla prevenzione delle ricadute o per l'ulteriore miglioramento dei sintomi ossessivo-compulsivi dei pazienti.

Umberto Albert *

Giuseppe Maina *

Paola Saracco *

Filippo Bogetto *

*Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia,

Dipartimento di Neuroscienze,

Università degli Studi di Torino, Torino

Via Cherasco 11, 10126 Torino (Italy)

Fax: +39-011-673473

E-mail: giuseppemaina@hotmail.com

Declaration of Interest: none

BIBLIOGRAFIA

- Amir N., Freshman M. & Foa E.B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders* 14, 209-217.
- Black D.W. & Blum N.S. (1992). Obsessive-compulsive disorder support groups: the Iowa model. *Comprehensive Psychiatry* 33, 65-71.
- Calvocoressi L., Lewis B., Harris M., Trufan S.J., Goodman W.K., McDougle C.J. & Price L.H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 152, 441-443.

- Calvocoressi L., Mazure C.M., Kasl S.V., Skolnick J., Fisk B., Vegso S.J., Van Noppen B.L. & Price L.H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease* 187, 636-642.
- Chakrabarti S., Kulhara P. & Verma S.K. (1993). The pattern of burden in families of neurotic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 28(4), 172-177.
- Cooper M. (1993). A group for families of obsessive-compulsive persons. *Journal of Contemporary Human Services* May, 301-307.
- Cooper M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry* 66, 296-304.
- Emmelkamp P.M.G. & DeLange I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 21, 341-346.
- Emmelkamp P.M.G., de Haan E. & Hoogduin C.A.L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 156, 55-60.
- Grunes M.S., Neziroglu F. & McKay D. (2001). Family involvement in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary investigation. *Behavior Therapy* 32, 803-820.
- Koran L.M., Thienemann M.L. & Davenport R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 153, 783-788.
- Livingston Van Noppen B., Rasmussen S A, Eisen J. & McCartney L. (1991). A multifamily group approach as an adjunct to treatment of obsessive-compulsive disorder. In *Current Treatments of Obsessive-compulsive Disorder* (ed. M. Tortora Pato and J. Zohar), pp. 115-134. American Psychiatric Press, Inc: Washington, London.
- Magliano L., Tosini P., Guarnieri M., Marasco C. & Catalano F. (1996). Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *European Psychiatry* 11, 192-197.
- Maina G., Saracco P., Rapicavoli P., Albert U. & Bogetto F. (2005). L'intervento Psicoeducazionale Multifamiliare nel disturbo ossessivo-compulsivo. *Minerva Psichiatrica* 46, Suppl. 1, 1-20.
- Mehta M. (1990). A comparative study of family-based and patient-based behavioural management in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 157, 133-135.
- Shafraan R., Ralph J. & Tallis F. (1995). Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bulletin of the Menninger Clinic* 59(4), 472-479.
- Steketee G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 42, 919-928.
- Steketee G. & Pruyt N.A. (1998). Families of individuals with obsessive-compulsive disorder. In *Obsessive-compulsive Disorder. Theory Research, and Treatment*. (ed. R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman and M.A. Richter), pp. 120-140. The Guilford Press: New York, London.
- Tynes L.L., Salins C., Skiba W., & Winstead DK. (1992). A psychoeducational and support group for obsessive-compulsive disorder patients and their significant others. *Comprehensive Psychiatry* 33, 197-201.
- Van Noppen B., Steketee G., McCorkle B.H. & Pato M. (1997). Group and multifamily behavioural treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders* 11, 431-446.
- Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. & Gandek B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Center, Health Institute: Boston.
- Zarit S.H., Reever K.E. & Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20, 649-655.